

В случаях тяжелого течения ХОБЛ обострения наступают 5 раз и чаще в течение года, $ОФВ_1 < 50\%$ от должного, нарастают необратимые осложнения заболевания, плохо поддающиеся коррекции, резко выраженные ограничения жизнедеятельности по основным категориям, реабилитационный потенциал низкий.

При постановке диагноза профессионального бронхита используется классификация, разработанная специалистами НИИ медицины труда РАМН [85, 112]. Она характеризует различные формы заболевания в зависимости от характера действия промышленного аэрозоля, патоморфологии и клинико-функциональных данных, что позволяет унифицировать клинический диагноз, выбирать наиболее рациональные профилактические и реабилитационные программы, индивидуально подходить к решению вопросов трудоспособности.

Указанные классификации не отражают клинический и реабилитационный прогноз, что затрудняет вынесение экспертного решения при данной патологии и разработку индивидуальной программы реабилитации, поскольку прогноз позволяет оценить потребность в тех или иных реабилитационных мероприятиях. В прогностическом плане наиболее значимым является $ОФВ_1$: уменьшение его более чем на 50 мл в год свидетельствует о прогрессировании заболевания [141].

По данным клинико-функциональных исследований каких-либо характерных черт или различий профессионального бронхита и ХОБЛ не имеется [12, 17, 64, 88].

Скорость прогрессирования и выраженность симптомов ХОБЛ зависит от интенсивности воздействия этиологических факторов и их совокупного действия. В типичных случаях болезнь дает о себе знать в возрасте старше 40 лет [141]. Основными клиническими симптомами ХОБЛ являются: одышка со снижением толерантности физических нагрузок как результат поражения (обструкции) дистальных бронхов, а также кашель с мокротой как результат сопутствующего неаллергического бронхита преимущественно проксимальных бронхов [59, 60, 107, 142].

Одной из важных особенностей профессионального бронхита является его первично-хроническое течение [17, 33, 64, 88]. Нараста-